

**ERKLÄRUNG**  
**über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich alle behandelnden Ärzte, Zahnärzte und Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen Rechtsanwälten, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, Gerichten, Strafverfolgungsbehörden und Sozialversicherungsträgern. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die mit dem im Betreff genannten Anlass im Zusammenhang stehen, - und zwar einschließlich Vorerkrankungen -. Von allen Berichten, Auskünften und Gutachten sind den bevollmächtigten Rechtsanwälten **Michael Holz, Prof. Dr. Bernd Sandmann, Catrin Wolf, Daniel Iven, Linda Pouyadou und Yahya J. Farschtschi, Steingasse 13, 86150 Augsburg**

Abschriften zur Verfügung zu stellen. Diese Erklärung gilt auch über den Tod hinaus.

Name, Vorname: .....

Adresse: .....

Geburtsdatum: .....

....., den .....

.....

Unterschrift